Rok XXVIII. Kraków, 23 Listopada 1889. Nr. 47.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. O operacyjnem leczeniu hemoroid.

Podał

docent Dr. Rudolf Trzebicky [1]).

Panowie! Na wstępie uważam za mój obowiązek przeprosić szan. Panów, że ośmielam się zająć drogi Ich czas omówieniem kwestyi, która ze stanowiska chirurgii operacyjnéj nie wiele może przedstawia ciekawego. Na usprawiedliwienie moje niechaj posłuży chęć podzielenia się z szanown. Kolegami doświadczeniem, zebranem na kilkunastu przypadkach, operowanych według jednego i tego samego sposobu już to w méj asystencyi przez czcigodnego mego nauczyciela i byłego zwierzchnika prof. Mikulicza, już też przezemnie samego. Nie rozporządzam wprawdzie statystyką obejmującą tysiące przypadków operowanych, jak n. p. niektórzy z chirurgów angielskich i amerykańskich: ale jak późniéj jeszcze będę miał zaszczyt wspomnieć, liczba 121 operacyj dokonanych w 7 latach na stosunki nasze środkowo-europejskie jest wcale pokaźną. Jeżeli jeszcze dodam, że z tych 121 przypadków jeden tylko zakończył się niepomyślnie z przyczyn od operacyi wcale niezależnych, to każdy z Panów zapewne zgodzi się na twierdzenie, że operacyja, która w tylu razach z rzędu bez najmniejszego szwanku zdołała chorego uwolnić od jego cierpień, zasługuje na miano operacyi pewnéj, nie połączonéj z żadnem niebezpieczeństwem. Jako taką też chciałbym uważać operacyję hemoroidów, wykonaną za pomocą termokauteru, tak jak my ją według przepisów Langenbecka wykonywujemy. Zdanie to jednakże do dziś dnia nie jest jeszcze przyjętem przez ogół lekarski. Nie inaczéj bowiem mogę pojąć słowa Eichhorsta [2]), że operacyja łatwa wprawdzie ze względu na technikę, jest raczéj *ultimum refugium*, którego się należy chwytać dopiero wobec przypadłości bardzo ciężkich. Ale nie tylko interniści, lecz nawet poważni wcale chirurgowie po dziś dzień jeszcze są wcale wybredni w wyborze przypadków, nadających się do operacyi, wykonywając takową tylko tam, gdzie stanowi prawie wskazanie życia. Widocznie jeszcze groza ropnicy, tężca i innych powikłań przyrannych zbyt żywo stoi przed ich oczyma. O ile mi się uda drobną tą rozprawką osłabić i usunąć te płonne i nieuzasadnione skrupuły i obawy, o tyle będę uważał cel jéj za osiągnięty. A wtedy dopiero, gdy lekarz domowy pacyjenta przekonany o skuteczności operacyi pewnéj, nie połączonéj z żadnem niebezpieczeństwem, zdoła pogodzić ze swem sumieniem zalecanie operacyi we wczesnym okresie choroby, nie czekając wcale wycieńczających krwotoków, wytworzenia fisur i przetok, zapaleń ropnych okołokiszkowych, uwięźnięcia i zgorzeli guzów i w trop za tem idącego widma zakażenia ogólnego, wtedy dopiero chirurgija i na tem polu zajmie pozycyję, która jéj się od dawna należy.

Guzy hemoroidalne znane już były w starożytności jako odrębne cierpienie, jak o tém świadczy pokaźna wcale literatura tego przedmiotu, sięgająca po czasy Hippokratesa. To też w rozmaitych okresach czasów rozmaite zalecano środki lecznicze, z których niektóre wieki przetrwawszy w zmienionéj wprawdzie nieco postaci i po dziś dzień bywają stosowane. Wspomnę tu tylko n. p. o rozpalonem żelazie, którego zastosowanie opisuje już Hippokrates, a które dziś w eleganckiéj formie termokauteru prym wodzi między środkami usuwającemi guzy krwawieńcowe. Z pomiędzy sposobów leczenia, proponowanych i używanych w ostatnich latach kilkudziesięciu, wspomnę tu tylko o najważniejszych, nie mających wcale na celu wyczerpującego przedstawienia rozwoju poszczególnych metód.

Środki wewnętrzne, podawane i zachwalane przeciwko temu cierpieniu, nie wiele zdaje się zdołają tu zdziałać. Nie chciałbym wcale przeczyć, jako w przypadkach, w których rozszerzenie żył odbytnicowych jest tylko wyrazem zaburzeń w krążeniu wywołanych czy to niedokładną akcyją serca, czy też zastojem w zakresie żyły bramnéj, podanie naparst-

[1]) Wykład zapowiedziany na Zjazd chirurgów w Krakowie, który jednak dla braku czasu nie przyszedł do skutku. — [2]) Eulenburga *Real-Encyklopädie*, wyd. 2, t. VIII, str. 646.

nicy, wody karlsbadzkiéj, lub innego podobnego środka nie zdołało sprowadzić ulgi i polepszenia, a nawet w niektórych razach drogą obliteracyi doprowadzić do zupełnego wyleczenia: trudno jednak pojąć, jaką drogą czy to zalecany przez Parvina[1]) arsen, czy też przez Schreibera[2]) antipyryna mają doprowadzić do zaniku guzów krwawieńcowych. Własne moje doświadczenia z przetworami arsenu robione na kilku pacyjentach, nie chcących się decydować na operacyję, dały mi wynik zupełnie ujemny.

Do téj saméj kategoryi leczenia, wchodzącego w zakres medycyny wewnętrznéj, zaliczyć musimy stosowanie czopków i kąpieli gorących. Najczęstszym składnikiem pierwszych jest ergotyna, gorąco zalecana przez Lansinga[3]) i sześciochlorek żelaza. Działania sporyszu próbowałem kilka razy, ale zdołałem jedynie zauważyć skutek przemijający w przypadkach guzów drobnych, wywołujących tylko nieznaczne krwotoki. Zastosowanie sześciochlorku żelaza mimo zalecań Deleaua[4]) z powodu własności jego żrących należy nader ograniczyć. Co do wartości chrysorabiny, polecanéj przez Unnę i Kosobudzkiego[5]) przeciw hemoroidom nie mogą objawić swego zdania, nie rozporządzając w tym względzie własnem doświadczeniem. Wody gorącéj używał ze skutkiem Landowski[6]). W przypadku krwotoku z żył hemoroidalnych, nie dających się zatamować innemi sposobami, zalecił choremu kąpiel nasiadową, ogrzaną do 35° C.; w ciągu kwadransa przez dolewanie wody gorącéj podwyższono ciepłotę kąpieli do 45°, a dla ułatwienia działania ciepła na ściany saméj odbytnicy założono do tejże wziernik. Krwotok ustał zupełnie, a guzy poczęły zwolna zanikać tak, że po 6 miesiącach zauważono wyleczenie zupełne. Wspomnieć tu jeszcze wypada o rozprawie Clelanda[7]), który zaleca nader gorąco lewatywy z *liquor bismuthi et ammonii citrat.* twierdząc, że tym środkiem już nieraz mógł uwolnić od cierpienia chorych, u których zresztą wskazaną była operacyja.

Zabiegi czysto chirurgiczne, podejmowane w celu usunięcia tego cierpienia, podzielić można na dwie grupy. Do pierwszéj, która guzów samych nie tyka, usuwając jedynie tylko rzekomą ich przyczynę według zasady *cessante causa cessat effectus*, zaliczamy forsowną i powolną dylatacyję zwieracza i odbytnicy, do drugiéj zaś, usuwającéj same guzy, zaliczyć wypada: wycięcie, odgniecenie, podwiązanie i niszczenie guzów za pomocą środków żrących, stosowanych czy to w postaci kwasów i alkalijów zgęszczonych, czy też w postaci wstrzykiwań miąższowych, czy też wreszcie pod postacią *cauterium actuale*.

Rozszerzenia forsownego, zalecanego pierwotnie przez Francuzów celem usunięcia bólów, towarzyszących drobnym pęknięciom błony śluzowéj przeciw hemoroidom pierwszy użył Maisonneuve. Zasługą jednakże Verneuila[8]) jest, że starał się użycie tego środka uzasadnić umiejętnie. Zdaniem jego przyczyną powstawania żylaków odbytnicowych jest zastój w żyle hemoroidalnéj wewnętrznéj, wywołany kurczowem zaciśnięciem tejże w miejscu przejścia przez ścianę odbytnicy. Rozszerzenie forsowne miało tedy na celu usunięcie tego skurczu, a tem samem przywrócenie prawidłowych stosunków krążenia w żyłach. Celem wykonania téj operacyi radzi Verneuil uśpić chorego i rozszerzyć światło jelita dosadnie przez założenie wziernika Ricorda, a potem Lisfranca. Podobny sposób operowania zaleca także Junque[1]). Trêlat[2]) kazał sobie w tym celu sporządzić osobne narzędzie nakształt dwulistkowych wzierników pochwowych, za pomocą którego rozszerza odbytnicę w rozmaitych jéj wymiarach do tego stopnia, aby módz wygodnie 4 palce wprowadzić. Inni zaś chirurdzy n. p. Walker[3]) nie dokonywają całéj dylatacyi za jednem posiedzeniem, lecz rozkładają ją na tygodnie, rozszerzając tylko stopniowo co 2—3 dni odbytnicę już to za pomocą narzędzi, już też za pomocą palców. Pomijając już tę okoliczność, że sami zwolennicy tego postępowania, jakkolwiek opierają swe wnioski na pokaźnym szeregu korzystnych wyników, przytaczają cały zastęp przeciwwskazań do téj operacyi, zaznaczyć musimy, że sposób ten, jakkolwiek nie połączony może z niebezpieczeństwem życia, naraża chorego zbyt często na przykrość mimowolnego oddawania stolca przez czas dłuższy. Własne moje doświadczenie nie zdaje się też przemawiać za tą operacyją. Stosowałem kilkakrotnie forsowną dylatacyję wprawdzie tylko za pomocą palców w przypadkach rozpęklin towarzyszących hemoroidom, korzystnego jednak wpływu na same hemoroidy ani razu nie zdołałem zauważyć. Do rzędu forsownéj, acz nie umiejętnéj dylatacyi, muszę też zaliczyć przypadek z mojéj praktyki, w którym chory wieśniak doprowadzony uporczywym świądem, wywołanym przez guzy hemoroidalne, do rozpaczy, wprowadzał sobie przez dłuższy czas według rady domorosłéj znachorki gruby kołek drewniany do otworu stolcowego, oczywiście bez śladu polepszenia. (C. d. n.)

[1]) *Arsenic in haemorrhoids. New Jork. med. rec.* 1866, Nr. 5 — [2]) *Antipyrin gegen Hämorrhoidalgeschwüre. Therap. Mtshft.* str. 331 i 332. — [3]) *Centralblatt f. Chir.* 1878, str. 470. — [4]) *Emploi du perchlorure de fer contre les hémorrhoids. Mon. des hôp.* 1857, Nr. 30. — [5]) *Zur Therapie der Hämorrhoiden, Centralblatt f. Chir.* 1889, str. 582. — [6]) *Die Behandlung der Hämorrhoiden.* Ref. w *Wiener med. Woch.* 1881, str. 1405. — [7]) *The use of liquor bismuthi for haemorrhoids.* Ref. w *Centralblatt f. Chirurg.* 1876, str. 442. — [8]) *De la cure des hémorrhoides. Gaz. des hop.* 1884, str. 426 i *Le traitement des hémorrhoides par la dilatation. Gaz. des hop,* 1887, Nr. 30.

[1]) *Du traitement des hémorrhoides par la dilatation.* Ref. w *Centralbl. f. Chir.* 1880, str. 781. — [2]) *Anémie hémorrhoidaire. Dilatation forcée de l'anus. Progrès med.* 1887, Nr. 20. — [3]) *Treatment of anal fissure and hämorrhoids by gradual dilatation.* Ref. w *Centralbl. f. Chir.* 1888, str. 471.

II. Nowsze sposoby operowania katarakty. Powrót do cięcia płatowego. Wyniki własne.

Podał
Prof. Dr. Lucyjan Rydel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Nowy sposób operowania, przyjęty już zrazu przychylnie, odbył po tem udoskonaleniu istny pochód tryumfalny nie tylko po całéj Europie, ale i na drugiéj półkuli ziemskiéj, a to mimo zasadniczéj opozycyi, z jaką się u niektórych znakomitych okulistów spotkał (Stefan 1867 i 1869, Stellwag, Hasner 1868). Przyczynił się do tego niewątpliwie Arlt (Graefe-Saemisch III, 1874), który pominąwszy inne ulepszenia operacyi, zmienił znacznie sposób prowadzenia cięcia. Hołdując mianowicie słusznéj zasadzie, że nierównie walniejszym warunkiem pomyślnego wyniku operacyi jest ile możności łatwe wystąpienie zaćmy, aniżeli skąpienie z długością ranki i przestrzeganie jéj postaci linijowéj, uznał on za stosowne powiększyć rankę tak, żeby przez nią nawet największa i najtwardsza zaćma przy małéj tylko pomocy swobodnie wystąpić mogła. W tym celu wbijał i wykłuwał Arlt nożyk Graefego w twardówkę o 1·5 mm. od brzegu rogówki, a o 2 mm. poniżéj stycznéj do najwyższego punktu

obwodu rogówkowego, a nadając płaszczyznie brzeszczota taki kierunek, żeby środek cięcia przypadł w płaszczyznę podstawy rogówkowéj, zadawał ścianie gałki ocznéj rankę zewnętrzną na 12 mm., a wewnętrzną na 9·5 do 10 milim. długą, tworzącą już wyraźny płat, mający około 1·5 do 2 mm. wysokości.

Wyniki, jakie w ciągu 20 niemal lat prawie wyłącznego panowania operacyi Graefego osiągano, przewyższały przynajmniéj o połowę wyniki otrzymywane za pomocą dawnego cięcia płatowego. Straty po tem ostatniem wynosiły 10 do 12%, po sposobie Graefego zaledwie 5 do 6%. Przedewszystkiem podnieść i uznać należy jako niewątpliwą i nadzwyczaj doniosłą zasługę, że ropne zapalenie oka, ów najgroźniejszy wróg naszych zabiegów po wydobyciu płatowem, wydarzało się tylko w 2 do 3% przypadków. Jeżeli się nadto zważy, że takie zmniejszenie odsetki ropienia przypada na czasy, w których o postępowaniu przeciwgnilnem przy operacyjach ocznych nikt nawet nie marzył, to sprawiedliwość nakazuje uznać sposób Graefego za istotny i nader dobroczynny postęp w historyi operacyi zaćmy, a dzisiejsi krytycy Graefego, piętnujący niekiedy jego sposób mianem kroku wstecznego, zapomnieli chyba, lub nie sięgają wcale pamięcią owych czasów, kiedy nawet po najszczęśliwiéj dokonanem wydobyciu płatowem zmora ropnego zapalenia płoszyła sen z oczu operatora, a 5 do 6% operowanych traciło wzrok na zawsze, którzyby go byli odzyskali, gdyby operacyja ich zaćmy przypadła była na czas panowania sposobu Graefego Oprócz téj głównéj korzyści miał sposób Graefego jeszcze tę zaletę w porównaniu z wydobyciem płatowem, że leczenie następowe trwało króciéj, a co ważniejsza, że chorzy nie potrzebowali przestrzegać po operacyi tak bezwzględnego spokoju, lecz mieli nierównie więcéj swobody w zachowaniu się, bo z powodu szczelnego stykania się brzegów ranka goiła się prędzéj i nie pękała tak łatwo przy lada wydatniejszym ruchu jak ranka płatowa. Okoliczność ta zakreślała sposobowi Graefego szersze pole wskazań od wydobycia płatowego. Potrzeba bowiem zachowania długiego i bezwzględnego spokoju po wydobyciu płatowem sprawiała, że wielu chorych, u których, czy to ze względu na ich stan fizyczny (zbytnia otyłość, garb, rozedma płuc, wady serca itd.), czy też z powodu ich intelligencyi, nie można było liczyć na spokojne zachowanie się po operacyi, wykluczano dawniéj od wydobycia płatowego, a operowano za pomocą reklinacyi. Z temi przeszkodami nie potrzebowano się liczyć operując sposobem Graefego, po którym chorzy zaledwie kilka godzin, a w razie niemożności wcale leżeć nie potrzebowali.

Ale obok tych korzyści i niezaprzeczonych zalet ma sposób Graefego, nawet po późniejszych zmianach, swoje słabe strony, zawisłe głównie od zbyt obwodowego położenia cięcia. Ranka tak obwodowa usposabia do upływu ciałka szklanego, sprzyja opadnięciu i wrośnięciu w nią torebki, a prawie nieunikniouem czyni wypadnięcie tęczówki, co do wycinania s z e r o k i e g o jéj kawałka w całéj długości ranki zmusza, to zaś sprowadza znów uderzające zeszpecenie i olśnienie i upośledza widzenie oboczne. Częstość wypływu ciałka szklanego zmniejsza się wprawdzie bardzo znacznie w miarę coraz większéj wprawy operatora, ale nawet najszersze i najdokładniejsze wycięcie tęczówki nie zabezpiecza, mimo wszelkich udoskonaleń techniki wycinania, od zbyt częstych, a w swo ich następstwach tak groźnych opadnięć i wgłobień téj błony w rankę obwodową. Skutkiem takiego wrośnięcia tęczówki, ale niezbyt rzadko i bez niego, li tylko skutkiem samego zanadto bliskiego sąsiedztwa ciałka rzęskowego, téj najuraźliwszéj części oka, powstaje po cięciu tak obwodowem zbyt często, nierównie częściéj niż po dawnem cięciu płatowem, plastyczne zapalenie tęczówki saméj, lub co gorsza, razem z ciałkiem rzęskowem, wlokące się tygodniami i miesiącami i sprowadzające zarośnięcie źrenicy, lub zgoła zanik gałki ocznéj, a dające niekiedy powód do współczulnego zapalenia oka drugiego. Na 477 ócz, które Arlt w praktyce prywatnéj sposobem Graefego operował 5 chorych, a więc z górą 1% uległo temu smutnemu losowi, a u 3 z nich nastąpiła zupełna utrata wzroku oka drugiego. Za czasów wydobycia płatowego nie znano wcale tego najsmutniejszego z następstw nieszczęśliwéj operacyi zaćmy. Te ciężkie, przewlekłe zapalenia nie znoszą wprawdzie zupełnie zysku osiągniętego skutkiem zmniejszenia odsetki ropienia, ale uszczuplają go znacznie. Operacyja Graefego pozostawiała więc, mimo znacznego zmniejszenia odsetki zupełnych strat, zwłaszcza co do przebiegu sprawy gojenia w dość pokaźnéj ilości przypadków wiele do życzenia, a okoliczność ta uprawniała w pełnéj mierze dalsze usiłowaia, dążące do ulepszenia operacyi zaćmy.

Z powyższego przedstawienia zmian, jakim w ciągu lat operacyja Graefego ulegała, widocznem jest, że coraz bardziéj oddalano się od cięcia ściśle linijowego Późniejszych różnorodnych zmian cięcia, przedstawiających wysokość płatową 1·5 do 2 mm. wynoszącą, nie można nawet, ściśle biorąc, uważać już za linijowe, skoro Graefe sam z pojęciem takiego cięcia godził płat co najwyżéj na 1 mm. wysoki.

Pierwszym, który do cięcia płatowego otwarcie powrócił, był Wecker. W roku 1875 przedstawił on na zjeździe w Heidelbergu i opisał (*Annales d'oculist.* LXXIII, str. 264) swój sposób operowania, który wydobyciem płatowem o b w o d o w e m nazwał. Nie wdając się w opis całéj operacyi, mianowicie dalszych jéj chwil i szczegółów, które zresztą Wecker od owego czasu kilkakrotnie zmieniał, przytoczę tylko sposób prowadzenia cięcia, które nas tutaj głównie obchodzi, tak jak go Wecker podał. Asystent unosi powiekę górną, operator zaś, ustaliwszy gałkę oczną, odcina bardzo dokładnie górną trzecią część rogówki ściśle na jéj granicy twardówkowéj. W ten sposób tworzy on, jeżeli rogówka ma 12 mm. średnicy, płat, którego wysokość 4 milim., a podstawa 11·32 mm. wynosi. Do cięcia używał Wecker nożyka o połowę węższego od dawnego nożyka Beera, a mającego podwójną szerokość nożyka Graefego. W operacyi téj nie wycinał on wcale tęczówki, a chcąc zapobiedz jéj opadaniu i wrastaniu, odprowadzał ją za pomocą małéj kopystki i zapuszczał dwukrotnie ½% roztwór ezeryny. Przekonawszy się atoli, że mimo tych środków tęczówka opada zbyt często w ranę, prowadził Wecker późniéj (*Annales d'Oculist.* LXYXI, str. 110, 1879) już nie swoim, lecz Graefego nożykiem cięcie płatowe. ale tylko na 3 mm. wysokie, a za to wycinał mały kawałek tęczówki tak, iżby szczelina nie dochodziła do brzegu, a ramiona jéj zbiegały się ku obwodowi, pragnąc w ten sposób uniknać zeszpecenia i olśnienia, jakie sprawia w operacyi Graefego szczelina szeroka o brzegach ku obwodowi rozbieżnych.

Na 444 ócz tak operowanych wydarzyło się ropienie w 2·7% (po sposobie Graefego tylko w 2·2%), ale za to zmniejszyła się odsetka zarośnięcia źrenicy z 4·27% na 2·49%. Wynik zupełnie pomyślny osiągnięto w 92 do 93% (podług Graefego w 85%), pośledni 4 do 5%, (sposobem Graefego 10%), zły w 2 do 3%, zamiast 5% po operacyi Graefego.

Gałęzowski niezadowolony z wyników operacyi Grae

fego, po którój na ostatnich 93 przypadków wydarzyło mu się, mimo najściślejszéj antyseptyki, 5 razy ropne zapalenie całéj gałki ocznéj, powrócił w roku 1883 (*Recueil d'Ophthalm.* Nr. 3) także do cięcia płatowego. Wązki nożyk Graefego wbija on na saméj granicy rogówkowo-twardówkowéj około 3 mm. powyżéj poziomego południka rogówki, rozcina nim od razu torebkę w kierunku pionowym i poziomym, wykłuwa go następnie i przecina rogówkę tak, że środek ranki przypada w odległości 2 milim. od górnego brzegu twardówki. Tęczówkę wycina tylko wyjątkowo według wskazań szczegółowych. Na 486 przypadków w ten sposób operowanych był wynik pomyślny 437 razy (89·91%), zarośnięcie źrenicy wydarzyło się w 38 (7·82%), ropne zapalenie całego oka w 13 (2·67%), a przepuklina tęczówki w 25 (5·14%) przypadkach.

Od roku 1884 (*Annal. d'Ocul.*) wykonywa Wecker znów cięcie płatowe obwodowe bez irydektomii, a od roku 1886 (*ibid.*) wstrzykuje, celem zabezpieczenia się od opadnięcia tęczówki w rankę, ezerynę do komórki przodkowéj. Zalecając ten sposób bardzo gorąco twierdzi on, że po żadnym innym nie miał wyników tak dobrych.

W tym ogólnym i ile możności zwięzłym zarysie starałem się przedstawić historyję wydobycia katarakty w ciągu 30 lat ostatnich. Aby przedstawienie uprościć, poprzestałem przeważnie na przytoczeniu głównych zmian, jakim w ciągu tego czasu ulegało samo cięcie, a wspomniałem tylko o tyle o innych częściach i szczegółach operacyi, o ile mi się to do zrozumienia rzeczy potrzebnem zdawało. Pominąłem też wiele odmian cięcia samego, które się w tym czasie pojawiły, a mianowicie te wszystkie, które się ani bardziéj upowszechnić, ani też na dalszy rozwój nauki donioślejszego wpływu wywrzeć nie zdołały. Do takich należą cięcia, które Adolf Weber, Edward Jaeger, Stefan, Küchler, Lebrun, Liebreich, Horner itd. podali i wykonywali. (C. d. n.)

III. Z oddziału prymaryjusza Dra Stanisława Paszkowskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O podskórnem użyciu antipyriny.

Podał
Dr. Jan Bednarski,
sekundaryjusz tegoż oddziału.

(Dok. Patrz Nr. 46).

V. W zapaleniu gośćcowem stawu kolanowego ze znacznym wysiękiem do stawu u Wojciecha B. W przypadku tym najwięcéj dokuczał choremu ból, nie ustępujący mimo podawania wewnętrznie antipyryny i kwasu salicylowego. Jednorazowe zastrzyknięcie antipyryny w zwykłéj dawce wystarczyło do usunięcia bólu tak, że chory mógł swobodnie poruszać nogą. W 3 dni późniéj zrobiono drugą injekcyję. Po kilkunastu dniach można było zauważyć zmniejszenie się obrzęku, ból ustąpił zupełnie tak, że chory mógł się już przechodzić. Dalszéj obserwacyi brak, gdyż chory wypisał się ze szpitala.

VI. U Katarzyny M. dotkniętéj wadą serca w okresie zniesionéj kompensacyi zastosowano 2 razy injekcyje antipyryny po 0·25 grm. z powodu duszności i bezsenności. Po injekcyjach chora podmiotowo czuła ulgę znaczną.

Oprócz powyżéj opisanych przypadków robiono jeszcze injekcyje: 4 razy w kardijalgii, 2 razy w pleurodynii zawsze z pomyślnym wynikiem.

Przy wstrzykiwaniu antipyryny posługiwałem się zwykłą strzykawką Pravaza z przestrzeganiem zasad przeciwgnilnych. Jakkolwiek bowiem antipyryna ma być, jak niektórzy sądzą, środkiem przeciwgnilnym, to jednakowoż, ponieważ w tym kierunku jeszcze nie jest dokładnie wypróbowaną, mianowicie w jakim rozczynie i w jakich warunkach działanie powyższe na istoty gnilne wywiera, przeto lepiéj jest mieć się na ostrożności, zwłaszcza, iż znane są przypadki, gdzie po injekcyi tworzyły się ropnie, stanowiące bardzo nie miłe powikłanie. Zresztą kwas karbolowy oddaje tu bardzo dobrą usługę, mianowicie przy przepłukiwaniu strzykawki po dokonanéj injekcyi, w celu zapobieżenia zatkaniu światła igiełki przez osadzające się kryształki antipyryny; tę czynność należy dopóty powtarzać, dopóki płyn barwy mlecznéj zupełnie się nie wyjaśni. W braku kwasu karbolowego może służyć także do tego celu woda, lepiéj gdy jest ogrzana.

Co się tyczy miejsca, to najlepiéj jest stosować injekcyje w pobliżu siedziby bólu, o ile na to inne okoliczności pozwalają.

Rozczynu używałem na pół z wodą (*Antipyrini aquae destill. utr. āā*), z czego brałem na dawkę całą strzykawkę = 0·50 antipyryny. Mniejsze dawki nie zawsze odnoszą pożądany skutek, do większych nigdy nie potrzebowałem się uciekać. Ujemne strony przy tym sposobie stosowania są dość znaczne i tak:

1) Uczucie napięcia i ból piekący w miejscu injekcyi, trwający od kwadransa nie rzadko do kilku godzin.

2) Z powodu trudnéj wessalności antipyryny tworzą się guzy, które nieraz przez kilka dni są widoczne i przy dotyku są bolesne. Massowanie i prąd elektryczny stósowany zaraz po injekcyi nie usuwają takowych. Chcąc uniknąć powyższych następstw, próbowałem wstrzykiwać antipyrynę z pewną ilością kokainy, jednakowoż i ten sposób nie doprowadził do celu. Dopiero następujące postępowanie usunęło wszystkie niedogodności. I tak powstawaniu bólu zapobiegałem w ten sposób, iż najpierw zastrzykiwałem 2—3 centigr. kokainy, a następnie po znieczuleniu aplikowałem antipyrynę. Przy tym sposobie chory nie tylko że w kilka minut pozbywał się pierwotnego bólu, lecz także nie doznawał bólu, jaki antipyryna wywoływała zastosowana, bez znieczulenia poprzedniego. Tem się też tłomaczy, iż w pierwszym przypadku tak późno skutek był widoczny (użyto pierwszego sposobu), gdy natomiast w następnych przypadkach ulga występowała w przeciągu kilku minut. Nadto osiąga się także przy tym sposobie i inne korzyści. Mając bowiem pewien obszar znieczulony, mogę wbić igiełkę dość głęboko lub przenieść takową w innym kierunku, nie wywołując bólu, rozłożyć płyn na większą przestrzeń, a przezto zapobiedz wytwarzaniu się guzów, a ewentualnie zgorzeli skóry, sprowadzonéj przez napięcie. W tym celu (dla zapobiegnięcia powstawaniu guzów) starałem się również o to, aby płyn dostawał się do skóry, a nie tkanki podskórnéj. Jakkolwiek ta ostatnia jest luźniéj zbudowana i znaczne posiada przestwory, to jednakowoż bogatsze unaczynienie skóry i większa ilość kurczliwych składników tejże ułatwia znakomicie wessanie. Sposób ten jest wprawdzie nieco skomplikowany i wymagający więcéj zachodów, lecz korzyści z niego są znaczne. Uwalnia się bowiem przez to chorego od przykrych dolegliwości i nieprzyjemnych następstw, a nadto daje się zastosować u osób bardzo wrażliwych. Sposobu tego używałem u wszystkich chorych, wyjąwszy pierwszy przypadek i przyznać muszę, że oddal mi bardzo dobre usługi, a mimo znacznéj ilości wstrzykiwań nie zauważyłem ani zgorzeli skóry, ani ropniów.

Germain Seé, który pierwszy zalecił przeciw nerwobólom wstrzykiwanie antipyryny wyraża się mniéj lub więcéj tak: Niema bólu, któregoby injekcyja antipyryny nie usunęła. Zdanie to na mocy powyższych spo-

strzeżeń w całości potwierdzić można. Rozglądając się w naszych przypadkach, odznaczających się uporczywością, musimy przyznać, iż antipyryna w wysokim stopniu posiada własności uśmierzania bólów. Jakkolwiek może pod względem szybkości w działaniu stoi nieco niżéj od morfiny, to jednak pod względem pewności dorównywa jéj w niektórych przypadkach, działa nawet tam, gdzie morfina okazała się bezskuteczną, lub nie była znoszoną (*Irritatio spinalis*), lub w końcu była przeciwwskazaną (*Endocarditis*). Stoi zaś wyżéj z powodów następujących: 1) Nie wywołuje przykrych dolegliwości, jak odurzenia, wymiotów, nudności etc. 2) Nie upośledza ruchu robaczkowego jelit. 3) Po antipyrynie skutek trwa dłużéj niż po morfinie; czasem nawet jednorazowe zastrzyknięcie usuwa bóle i to trwale. 4) Organizm nie przyzwyczaja się do niéj 5) Można ją stosować bez względu na wiek. 6) Ma mniéj przeciwwskazań.

Co się tyczy snu, jaki po injekcyi antipyryny występuje, to takowego nie można porównywać ze snem po morfinie, jest to tylko sen fizyjologiczny, występujący po zmęczeniu wskutek bólu, gdy tymczasem sen po morfinie jest sztucznie wywołanym wskutek działania tego leku na środki nerwowe. Wielu zarzuca antipyrynie, iż wywołuje zatrucia, że po injekcyjach występują ropnie. Co się tyczy pierwszego zarzutu, to trzeba zatrucia te wziąć albo na karb wielkich dawek, albo też na karb idijosynkrazyi do tego środka, która tylko w wyjątkowych razach się zdarza i zresztą to wcale nie zmniejsza wartości antipyryny. Chinina, apomorfina, kw. karbolowy, jodoform itd. rownież wywołują u pewnych osób zaburzenia, a mimo to nikt się nie znajdzie, ktoby je z tego powodu radził zaniechać ich użycia. Co się tyczy zaś ropniów, jakie się mają zdarzać po injekcyi, to te należą chyba do rzadkości, a trzeba je wziąć nie na karb leku samego, lecz na karb nieostrożnego zastosowania (złéj antiseptyki).

IV. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Doc. pryw. Kurłow: **O zmianach krwi u zwierząt w ciągu pierwszego roku po wycięciu śledziony.**

Czynność śledziony nie jest dotychczas jeszcze dobrze znaną, również nie są znane dobrze zmiany, jakie zachodzą w ustroju zwierząt i ludzi po wycięciu śledziony. Przynajmniéj zdania rozmaitych autorów znacznie się różnią w tym względzie. Dr. Kurłow zadał sobie pracę zbadania zachowania się białych ciałek krwi u morskich świnek po wycięciu śledziony. Pracę tę wykonał w pracowni prof. Ehrlicha pod jego bezpośredniem kierownictwem. W celu dokładniejszego zbadania kwestyi uwzględnił nietylko zmiany w ilości białych ciałek wogóle, lecz i zmiany ilościowe rozmaitych ich rodzajów. Przyjmuje on podział białych ciałek, podany przez prof. Ehrlicha, na 4 grupy: 1) Limfocyty, ciałka pochodzące z gruczołów limfatycznych, odznaczają się dużem jądrem otoczonem ledwie wyraźną warstwą pierwoszcza. 2) Duże jedno-jądrowe, inaczéj epitelioidalne komórki, posiadające duże jądro otoczone znaczną warstwą nieziarnistego pierwoszcza. 3) Postać przejściowa, są to komórki grupy 2-giéj, które zawierają jądro kształtu nerkowatego lub podkowiastego i posiadają czasem ziarnistość. Téj postaci jednak nie widział autor nigdy we krwi świnek morskich i 4) ziarniste wielojądrowe komórki, znajdujące się przeważnie w szpiku kostnym, zawierające kilka jąder albo też jedno kształtu nieregularnego. W pierwoszczu znajduje się ziarnistość, zachowanie się któréj względem barwików jest bardzo różne. Na podstawie ostatniéj własności dzielą te komórki na t. z. eosinofilne, neutrofilne itd. Większość uczonych przypuszcza obecnie, że śledziona wytwarza przeważnie 2-gi rodzaj białych ciałek. Wyniki pracy Dra Kurłowa są następujące: 1) Świnki morskie znoszą wcale dobrze wycięcie śledziony, które nie wpływa wcale na czynności ich ustroju. Młode takich zwierząt są zupełnie prawidłowe i posiadają śledzionę. 2) Po wycięciu śledziony rozwija się po pewnym czasie nieznaczny przerost gruczołów limfatycznych i to przeważnie kreskowych i zaotrzewnowych. 3) Stosownie do powiększenia się gruczołów limfatycznych zwiększa się znacznie we krwi takich zwierząt ilość limfocytów, których procent od stanu prawidłowego 30 podnosi się aż do 60. 4) Ilość i jakość komórek ziarnistych pozostaje bez żadnéj zmiany. 5) Zdarzające się czasem powiększenie ilości komórek ziarnistych wskazuje jakąś chorobę najczęściéj ropienie wskutek nieczysto wykonanéj operacyi. 6) Ilość komórek jedno jądrowych pozostaje bez zmiany po wycięciu śledziony. Spostrzeżenie to każe odrzucić przypuszczenie, że śledziona wytwarza ten rodzaj białych ciałek. Wszystkie powyższe zmiany odnoszą się do pierwszego roku po wycięciu śledziony. Autor czyni obecnie dalsze badania nad pozostałemi przy życiu bezśledzionowemi zwierzętami. (*Wracz*, 1889, Nr. 23 i 24). *A. W.*

Patologija.

† Dr. Wooldridge twierdzi, że limfa i sok mleczny wstrzyknięte do krwi wywołują zatrucie, polegające na zatkaniu naczyń, skłonności do krwotoków, gorączce i zmniejszeniu szybkości krzepnięcia krwi. Zatrucie to albo może się skończyć śmiercią, albo też w przypadkach lżejszych wywołać puchlinę. Ażeby wywołać takie zatrucie, należy podług autora wstrzyknąć pewną ilość limfy w przeciągu oznaczonego czasu, wstrzykiwanie bowiem szybkie nawet nieznacznéj ilosci limfy sprowadza nagłą śmierć, gdy tymczasem ta sama ilość wstrzyknięta do krwi powoli w ciągu 3—4 minut nie wywołuje żadnych zmian. W chorobach serca obieg krwi staje się znacznie powolniejszym, a to zwolnienie odgrywa taką samą rolę względem wstępowania do krwi limfy z przewodu piersiowego jak i szybkie jéj wstrzyknięcie. Na téj podstawie twierdzi Wooldridge, że puchlina w chorobach serca powstaje wskutek takiego samo-zatrucia limfą, a przyczyny mechaniczne odgrywają tutaj co najwięcéj rolę drugorzędną. (*The British med. Journ.*, 9 lutego).

Farmakologija.

Kostko. **Eucalyptus w tyfusie.**

Środka tego poleconego przez Leiczton-Kestewena autor używał u 10 chorych, z których żaden nie umarł. U 4-ech chorych ciepłota na drugi dzień spadała o 1°, a na czwarty stawała się prawidłową. U 7-miu chorych biegunka ustała od tego leku, u 3-ech zaś przeszło po zadawaniu drobnego proszku naftaliny (3—5 gr. *pro dosi*, 3 razy dziennie). Środek przeciwtyfusowy daje się w postaci *tnc. eucalypti* 3—4 razy dziennie po łyżeczce. (*Wojenno-Sanitarnoje Dieło*, Nr. 24). *Dr. J. Talko.*

Givopiszew: **Przyczynek do znajomości działania Hydrastis canadensis.**

1) Rozczyny wodne tego leku nie są nigdy trujące nawet w wielkich dawkach dla zwierząt ciepło-krwistych. 2) Fizyjologiczne działanie *hydrastis* polega na obniżaniu parcia krwi i zmniejszaniu napięcia ściany tętniczéj. 3) Środek ten sprowadza zawsze kurcze macicy. W użyciu jego należy zawsze dać pierwszeństwo wyciągowi wodnemu. Najwybitniéj występuje działanie jego na macicę ciężarną, najmniéj cechująco na macicę dziewiczą. 4) Wielkie dawki leku mogą po ukończeniu się czwartego miesiąca ciąży ewentualnie sprowadzić przedwczesne bóle. Ztąd czyni G. wniosek, że *Hydrastis* jest znakomitym lekiem przeciw krwotokom macicznym lub nowotworom macicy. Także w obfitych krwawieniach po menopauzie działanie bylo bardzo dobre. Wpływ leku na skurcze macicy jest zawsze szybki, choć nie tak wybitnie jak po ergotynie. Środek ten nigdy nie sprowadził nieprzyjemnych objawów ubocznych, a przedewszystkiem nieżytów żołądkowo-jelitowych, przeciwnie spostrzeżono, że istniejąca niestrawność doznała polepszenia po kilkakrotnem zastosowaniu leku. (*Bul. gén. de Ther.*).

Choroby wewnętrzne.

W. Braune: **O kącie Ludwika pod względem anatomicznym i klinicznym.**

1) Przez kąt mostkowy, kąt Louisa, angulus Ludovici rozumiemy kąt, który tworzą rękojeść i trzon mostka, z wy-

pukłością na zewnątrz zwróconą, widoczny jako poprzeczna wystająca listwa przy nasadzie drugiego żebra. Kąta tego użyto jako wskazówki dyjagnostycznej dla rozpoczynających suchot płucnych, twierdząc, że powstaje w następstwie zapadnięcia się rękojeści wskutek ściągania się płuca. 2) Kąt ten jest częściowym objawem przystosowania się ściany klatki piersiowej do powierzchni płuc, która dokładnie przykłada się do zaciągnień i wypukłości treści klatki piersiowej. 3) Ta zmiana postaci ściany klatki jest nietylko następstwem pociągania przez tkankę łączną, lecz także jest głównie następstwem ciśnienia atmosferycznego; zdarza się ona także po zapaleniu opłucnej bez zrostów tkanki łącznej. 4) Doświadczenie poucza, że kąt mostkowy nie zawsze przydarza się w gruźlicy płuc, lecz także wobec prawidłowych stosunków płuc, a mianowicie zdarza się także w rozedmie. 5) Może być sztucznie wywołany przez nadmierne ruchy oddechowe żeber po poprzecznem rozdzieleniu mostka na jego pojedyncze odcinki. 6) Mostek jest narządem tamującym dla żeber, gdy zamienił się w jednolitą stężałą kość i tak samo tamują żebra ruchy mostka. 7) Po oddzieleniu rękojeści można płuca daleko więcej rozdać, niż przedtem, a wtedy posuwa się rękojeść uwolniona od wstrzymującego ją trzonu mostka daleko ku górze, tworząc kąt mostkowy. 8) Mostek gubi i rozstępuje się po urazowych uszkodzeniach, a dyslokowane odłamki mogą więc w pewnych warunkach dać wskazanie do szwu kostnego, w każdym razie wymagają opatrunku uciskającego klatkę piersiową z uniemożliwieniem zbyt silnych ruchów wdechowych górnych żeber. 9) Kąt mostkowy powstaje wskutek nasilonych ruchów wdechowych, przydarza się więc najczęściej w rozedmie płuc, jeżeli ona występuje wczas, wobec jeszcze giętkiego podatnego stanu mostka. 10) Nie jest jednak wykluczonem, że także w rzadkich przypadkach znacznego skurczenia się szczytów płuc, przy ścisłem umiejcowieniu, przez zapadnięcie się rękojeści wobec nieruchomego trzonu mostka, kąt wytwarzać się może (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, 1888, str. 304—324).

J. Comby: **O zapaleniu opłucnej tętniącem.**

W *pleuritis pulsans* doznaje chora strona klatki piersiowej wstrząśnienia przez rytmiczne uderzenia, synchroniczne z tętnem i skurczeniami serca. Wstrząśnienia te rozszerzają się jużto na znaczną powierzchnię klatki piersiowej, już też ograniczają się do miejsca wysięku. *Pleuritis pulsans* jest prawie zawsze lewostronna i ropna i dla tego posiada wystąpienie tętnienia bardzo ważne znaczenie. Możliwe jest branie objawu za tętniak, można jednak uchronić się od błędu w rozpoznaniu przez dokładne opukiwanie i wysłuchiwanie. Po wypuszczeniu ropy powstaje najczęściej odma piersiowa, ponieważ płuco uległo takiej niedodmie, że już więcej nie wypełnia dokładnie przestworu klatki p. Po wypróżnieniu jamy opłucnowej znika tętnienie, które występuje na nowo, jeżeli się jama znowu napełni wypociną. Serce ulega najczęściej przemieszczeniu na prawo, gdzie zostaje przez zrosty ustalone. Do wytłómaczenia przyczyny i mechanizmu tego dziwnego i rzadkiego zjawiska podano cztery teoryje, z których jednak żadna nie wystarcza do wyjaśnienia wszystkich spostrzeżeń. (*Arch. gén. de med.*, 1889, kwiecień).

E. Gaucher: **Badania doświadczalne nad zapaleniem nerek wskutek samo-zakażenia.**

Nawiązując do poprzedniej pracy, w której G. doświadczalnie wykazał, że zbyt wielka ilość tyrozyny we krwi sprowadzić może zapalenie nerek z wszystkiemi anatomiczno-histologicznemi własnościami zapalenia nerek z otrucia, stara się obecnie udowodnić, że szereg ciał, które jako wytwory rozkładowe istoty, azot zawierającej, w ustroju zwierzęcym występują, w podobny sposób działać mogą. Podawszy kilka uwag o produktach rozkładowych ciał białkowatych i ich prawdopodobnem stanowisku w tej sprawie, której okresem końcowym jest mocznik, twierdzi, że ponieważ ten ostatni tworzy się w wątrobie, to jasnem jest częste powikłanie chorób wątroby z miąższowem zapaleniem nerek. Zwolniony i zbyt szybki, a przytem niedostateczny rozkład ciał białkowatych ułatwia tworzenie się takich wytworów pośrednich (leucyna, tyrozyna, kreatyna, kreatynina itd.). Te wytworzone w ustroju wydzielają się ustawicznie nerkami, w których mogą wywołać zapalenie. G. wstrzykiwał świnkom morskim podskórnie roczczyny leucyny, tyrozyny, kreatyny, kreatyniny, ksantyny i hypoksantyny. Wszystkie zwierzęta ginęły po kilku dniach pod wpływem wstrzykiwań, a nerki wykazywały obraz zapalenia miąższowego, występującego najwyraźniej na przybłonku ceweczek krętych, podobnie jak po zatruciu metalami. G. też sądzi, że miąższowe zapalenie nerek, występuje w przebiegu wielu chorób zakaźnych, jest im analogiczne i że można je uważać za następstwo wydzielania się toksyny, wytworzonej w odnośnych ustrojach. Także niektóre pokarmy i pożywki zawierają takie trujące wytwory rozkładowe (wyciąg i proszek mięsny itd.) i dla tego ostrzega przed podawaniem takowych szczególnie w chorobach nerek i wątroby. (*W. kl. Woch.*, 1889, Nr. 29).

Choroby dzieci.

Wichmann: **Epidemija pęcherzycy zaraźliwej nowo-narodzonych.**

W. donosi o powyższej epidemii, spostrzeganej w Kristianssund, następujące szczegóły: Choroba występowała najczęściej już trzeciego lub czwartego dnia po porodzie; dziecko stało się niespokojnem, krzyczało, gorączkowało nieco, okazując przy tem objawy niestrawności, bębnicę i nieżyt kiszek. Równocześnie pokazywały się czerwone plamy na brzuchu szyi, twarzy i kończynach, tylko nie na dłoni i podeszwie. Plamy te już następnego dnia zamieniały się w pęcherze od wielkości soczewicy dochodzące do rozmiarów jaja gołębiego z treścią surowiczą. Niekiedy powierzchnia pozbawiona przyskórka po pęknięciu zlewających się pęcherzy była znaczną. Wydzielina zdawała się zarażać sąsiednie części skóry. Gojenie odbywało się wśród wytwarzania się strupów, bez tworzenia blizn. Cała choroba trwała do trzech tygodni. Wogóle zapadło na *Pemphigus neonatorum contagiosus 22* nowo-narodzonych dzieci, z których 3 umarło. W tych ostatnich przypadkach były znaczne przestrzenie skóry pozbawione przyskórka, jak to bywa przy oparzeniu. W 5-ciu przypadkach nastąpiło przeniesienie choroby na osoby starsze, n. p. przez używanie tych samych gąbek. Choroba występowała tylko w praktyce jednej położnej i prawdopodobnie został zarazek przeniesiony za pośrednictwem jej wełnianych rękawiczek. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX.). *Dr. Baschkopf.*

Jaksch, Hagenbach: **Zapalenie nerek po chorobach ostrych zakaźnych.**

Białkomocz w przebiegu chorób zakaźnych u dzieci występuje rzadziej, niż u dorosłych (u ostatnich w 35·2% u dzieci 19·6%). Wynika stąd, że białkomocz ma u dzieci w chorobach gorączkowych większe znaczenie i rokowanie pogarsza. Mocz dzieci, chorych na rozmaite choroby zakaźne, zawiera prawie zawsze, dopóki trwa gorączka, wielką ilość rozmaitych mikro-organizmów; żaden rodzaj bakteryj jednak nie przeważa. J. nawiązuje dłuższy nieco wywód o zapaleniu nerek ostrem, samoistnem u dzieci, przytacza cztery własne przypadki, w których ani z wywiadów ani badaniem przedmiotowem nie można było wyszukać przyczyny i sądzi, że powodem tego zapalenia były mikro-organizmy znalezione w osadzie (za pomocą metod Grama i Löfflera). Na okoliczność tę zwrócił pierwszy uwagę Letzerich; Jaksch wogóle zgadza się z nim, przeczy jednak stanowczo, jakoby Letzericha grzybek był jedynym, który samoistne ostre zapalenie nerek wywołać może. Przechodząc dalej do omówienia mocznicy i amonemii, na doświadczeniach na zwierzętach oparty sądzi, że: uremija powstaje skutkiem działania pierwiastków trujących (*Toxine*), w moczu prawidłowym się znajdujących (Bouchard), których z powodu niedostatecznego działania nerek ustrój nie wydzielił i w znaczniejszej ilości tamże się nagromadziły. Amonemija zaś powstaje przez działanie ciał podobnych do alkaloidów, które w narządzie moczowym, jednak nie w nerkach, skutkiem rozkładu moczu powstały i które chora błona śluzowa tegoż narządu wessała. Przy podawaniu nowszych antipyretików w przebiegu zapalenia nerek przekonał się, że one nie szkodzą, jednak i nie pomagają z wyjątkiem salicylanu sodowego, który dobrze działa w zapaleniu nerek po płonicy. Zresztą poleca przedewszystkiem pożywienie mleczne.

Hagenbach opisuje obraz kliniczny zapalenia nerek po

chorobach zakaźnych, zwraca uwagę na autopsyje chorych zmarłych na płonicę, u których znaleziono zapalenie nerek, chociaż za życia żadnych nie było objawów (Henoch), a więc przy ocenianiu t. z. *Hydrops scarlatinosus* każe być bardzo ostrożnym. Ciężkie postacie zapalenia nerek po płonicy występują zwykle bardzo późno. Zapalenie nerek ostre występuje po płonicy rzadko (sam białkomocz bardzo często), po odrze bardzo rzadko, po ospie wietrznéj, po zapaleniu jamy ust wrzodzikowem, zapaleniu gruczołu przyusznego i migdałków (ważne ze względu na możność brania za płonicę) wreszcie według świeżych badań Kjellberga w Stockholmie w ostrym i przewlekłym nieżycie kiszek i to bardzo często, bo aż w 46% dzieci z nieżytem kiszkowym sekcyjonowanych.

W leczeniu poleca H. pożywienie mleczne, nie wyłączne lecz mięszane z wodnikami węgla, daléj leki napotne, a zwłaszcza działanie suchego gorąca za pomocą odpowiednio sporządzonego przyrządu (Dr. Dubois z Berna w Szw.); z leków w ścisłem tego słowa znaczeniu nie przypisuje żadnemu wyraźniejszego korzystnego działania. (*Rozprawy w Sekcyi pedryjatrycznéj 61 Zjazdu lek. i przyr. niem.*). *Dr. Kaden.*

Chirurgija.

J. Mikulicz: **Doświadczenia nad opatrunkiem trwałym i leczeniem ran bez sączków.**

M. trzyma się od dwóch lat w wielu przypadkach i to z dobrym wynikiem przepisów Schedego o leczeniu pod wilgotnym strupem krwi. M. nie posiada przyrządu do sterylizowania, używa zresztą także roczczynów karbolu i sublimatu, sterylizowanego jedwabiu i drutu srebrnego. Gąbki zastępuje wacikami z sublimatowéj bawełny drzewnéj, pokrytemi muślinem, a przechowanemi w roczczynie sublimatowym, które po użyciu się niszczy. Na ranę kładzie M. *silk protective* albo papier gutaperchowy, na to 10% gazę jodoformową zwilżoną 5% roczczynem karbolowym, a na nią poduszkę z mchu. Podczas operacyi zrasza się ranę co 5 minut sublimatem, następnie podwiązuje się wszystkie krwawiące naczynia, ranę jeszcze raz dokładnie się wymywa roczczynem przeciwgnilnym, najczęściéj 5% kwasem karbolowym, który się potem spłukuje roczczynem sublimatu. Następnie zamyka się ranę za pomocą szeregu szwów z jedwabiu lub srebra, jakoteż szwu katgutowego. Należy zostawić w 2-ch miejscach otwory, przez któreby wewnątrz rany gromadząca się krew łatwo odpłynąć mogła; większemu nagromadzeniu się krwi zapobiega założony późniéj lekko uciskający opatrunek. Tylko gdy się rozchodzi o braki, niedające się pokryć przez naciąganie części sąsiednich, powinny te otwory, według prawideł Schedego, odpowiadać najwyższemu punktowi jamy rannéj. Na nie daje się paski silku, a na całą ranę cztery warstwy wilgotnéj gazy jodoformowej, a w końcu poduszki z mchu, opatrunek z małemi wyjątkami pozostawia się niezmieniony aż do zupełnego zagojenia się rany. W ten sposób leczy M. wszystkie rany, które przed założeniem opatrunku są aseptycznemi i prawdopodobnie w dalszym przebiegu nie mogą uledz zakażeniu. Tylko w operacyjach z powodu spraw gruźliczych wprowadził świeżo pierwotne wytamponowanie rany gazą jodoformową, ponieważ po pierwszem postępowaniu widział często szybką miejscową recydywę; zresztą przebiegały dobrze wszystkie 160 większych operacyj, które M w ostatnich dwóch latach według powyższych zasad wykonał i leczył, tylko jeden z operowanych umarł w 16 dni po operacyi i przy braku oddziaływania ze strony rany wskutek gruźlicy płuc. 133 ran zagoiło się bez wszelkiego ropienia, tak że w pozostałych przypadkach prawie nigdy nie było gorączki, tylko 3 razy musiano wcześnie usunąć opatrunek wskutek podwyższenia ciepłoty i bólów. (*Cntrblt. f. Chir.*, Nr. 34).

Lavaux: **O wprowadzeniu cewnika w chorobach gruczołu krokowego.**

Podczas kateteryzowania osób, dotkniętych cierpieniami gruczołu krokowego, występują często bardzo ciężkie objawy, które według Guyona są następstwem gwałtownego zapalenia *tractus urethralis*, według innych zaś powstają one wskutek zamienienia się istniejących często przewlekłych zapaleń pęcherza mocz. w bardzo ostre, przyczem drobnoustroje chorobotwórcze główną mogą odgrywać rolę. W celu uniknięcia tych nieprzyjemnych powikłań radzą jedni, aby pęcherz zupełnie wypróżnić, przepłukać i kateteryzować; Guyon znowu wypróżnia pęcherz powoli wśród ostrożności przeciwgnilnych i unika kateteryzowania w bardzo ciężkich przypadkach. Postępowanie L., którem osiąga dobre wyniki, jest następujące: Po dokładnem przeciwgnilnem oczyszczeniu pęcherza wprowadza się cewnik, wypróżnianie pęcherza przerywa się krótko przed zakończeniem, poczem wstrzykuje się kilka razy po 200 gramów letniego roczczynu kwasu borowego, dopóki płyn odchodzący nie jest zupełnie czysty, poczem wstrzykuje się poraz ostatni i zostawia się w pęcherzu. (*Viertelj. für Derm. u. Syph*, 1888, zeszyt 3).

Loewenberg: **O przyrodzie i leczeniu czéraka, szczególnie ucha zewnętrznego.**

Pierwszy czérak powstaje wskutek wtargnięcia chorobotwórczych koków z zewnątrz do torebek włosowych, a względnie do przewodów gruczołów łojowych; w podobny sposób powstają i następne przez samo-zakażenie, gdyż drobnoustroje znajdujące się w wypływającéj ropie dostają się do sąsiednich torebek, podczas gdy na odleglejsze miejsca przenoszą je palce, bielizna. Również istnieje możność zarażenia drugich osobników. Tylko w przypadkach ciężkich, połączonych z zapaleniem żył i posocznicą wykazać można zakażenie krwi kokami. Leczenie polega na używaniu nasyconego lub przesyconego roczczynu kwasu borowego w wyskoku, który stosuje się często i przez dłuższy czas, lub po posypaniu kw. borowym pokrywa się miejsce watą i zwilża często wyskokiem. Wobec czéraków w uchu, gdzie L. tylko wtedy przemawia za nacięciem, gdy jest ropa i gdy dostać się można do środka pęcherzyka, poleca autor podobne leczenie pod postacią kąpieli usznych. Wobec ogólnéj furunkulozy poleca zmywania. względnie kąpiele z kw. borowym. Ma to być leczenie zarówno poronne jak i przeszkadzające nawrotom. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 28).

Choroby uszne.

H. Nimier (Paryż): **O działaniu huku broni palnéj na słuch.**

Między rozmaitemi objawami, które wybuch broni palnéj wywołuje u osób, wystawionych na jego działanie, zasługuje przedewszystkiem na wzmiankę pęknięcie błony bębenkowéj. Huk broni palnéj jest odgłosem złożonym i składa się: 1) z drgań lufy wskutek przejścia pocisku; 2) z wahań części sąsiednich, jak lafety itd.; 3) z drgań kuli w chwili wyjścia z rury; 4) z fal powietrznych, powstających wskutek ruchu kuli i spalenia się prochu. Sposób działania tego wybuchu na ucho tłómaczymy sobie jako wstrząśnienie błony bębenkowéj z pęknięciem i krwotokami w niéj i błędniku. W większéj liczbie przypadków jednak to tłómaczenie nie jest słusznem, gdyż doświadczalnie można się przekonać, że w chwili huku błona bębenkowa zostaje pociągnięta ku téj stronie, w któréj znajduje się broń, a więc doznaje aspiracyi. Że stan anatomiczny jamy bębenkowéj i jéj części dodatkowych (przewód uszny zewnętrzny i trąbka Eustachiusza) może zmienić działanie wybuchu na narząd słuchu, dowodzi okoliczność, że wrażenie jest mniéj nieprzyjemne, jeżeli się strzału spodziewamy, co jest następstwem zmiany napięcia błony bębenkowéj. Kierunek przewodu usznego do kierunku rury armatniéj także ma wielkie znaczenie. Artylerzyści trzymają się tego przepisu celem uniknięcia nieszczęścia: stań z przeciwnéj strony otworu rury i otwórz usta. Im bardziéj błona bębenkowa napięta, tem łatwiéj pęknąć może; zamknięcie trąbki Eustachijusza, zrost kosteczek słuchowych także może być przyczyną pęknięcia. Brak błony bębenkowéj czyni ucho mniéj wrażliwem na huk, gdyż wtedy fale głosowe mniéj dokładnie dostają się do ucha wewnętrznego. Oprócz pęknięcia błony bębenkowéj powstać może częściowa lub całkowita, przemijająca lub trwała głuchota. Daléj zauważamy podmiotowe szmery, halucynacyje słuchu, szum w uszach itd., będące niekiedy w związku z krwotokami błędnika. Wkońcu zdarzają się rozmaite objawy odruchowe w zakresie sąsiednich jąder n. słuchowego w rdzeniu przedłużonym: zblednienie twarzy, drganie mięśni twarzowych, ślinienie, nerwobóle zębów, omdlenie, ból i zawrót głowy; nigdy nie

spostrzegano wrażeń świetlnych i barwnych. (*Der Militärarzt*, 1889, Nr. 14).

Choroby skórne.

Majew (Petersburg): **O wpływie kiły rodziców na potomków ze względu na ich skłonność do zarażenia się.**

1. Z nielicznemi wyjątkami jest kiłą zarażony ochroniony przed ponownem zarażeniem się. 2. *Immunitas* ta przechodzi także na dzieci zarażonego. Dotknięty kiłą dziedziczną jest zwykle zabezpieczony przed świeżem zakażeniem. 3. M zajmuje się pytaniem, czy ochrona przenosi się także na trzecie pokolenie i czy zarażenie dziadków przechodzi na wnuków, t. j. czy u nich bez ponownego zarażenia się wykazać można objawy kiły, co usiłuje udowodnić za pomocą następującego przypadku: 35-cioletni inżynier przedstawił autorowi swe 3-letnie dziecko, u którego M. znalazł wybitne owrzodzenie kilakowe; rodzice nie okazują, ani nie okazywali nigdy kiły, którą tylko ojciec matki przebywał. 4. U pojedynczych osób jest ochrona wobec kiły jedynym objawem, że ich rodzice lub dziadkowie mieli kiłę i M. widział często kobiety karmiące obce kiłowe dzieci bez zarażenia się. 5. Ochrona może okazywać różne stopnie, analogicznie do tego, że u rodziców kiłowych pierwsze dziecko okazuje ciężkie objawy, drugie już lżejsze, a trzecie już pozornie jest zdrowe. 6. Jeżeli nie zawsze występuje bezwzględna ochrona, to możnaby przypuścić, że dzieci kiłowych, jeżeli zachorują, okazują tylko objawy lekkie i poronne M. przytacza 2 przypadki, w których ludzie dotknięci kiłą dziedziczną zarażali się, okazywali wybitne wrzody stwardniałe, ale bez objawów następowych. Opierając się na tem, czyni M. wniosek, że postępująca naturalna syfilizacyja ludności może prowadzić do powolnego osłabienia objawów kiłowych; kiła dawniéj była o wiele złośliwszą, niż obecnie. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889, Nr. 8).

Fournier: **Wpływ kiły na układ nerwowy współczulny.**

Układ współczulny ulega często, przynajmniéj u kobiet, zmianom w drugorzędnym okresie kiły, a mianowicie występują w pierwszéj linii zboczenia w ekonomii ciepła ustroju; a) miejscowe: ręce lub nogi bywają niekiedy w różnym stopniu zimne, mianowicie albo tylko chłodne, albo zimne jak lód; w najwyższym stopniu powstają pewne niedogodności, jak uczucie strętwienia, niezdolność do delikatniéjszych robót. To uczucie zimna może się rozszerzyć na przedramiona, względnie na podudzia. Do tych zmian lokalnych mogą przyłączyć się b) zmiany ogólne, mianowicie uczucie zimna, które może być tak znacznem, że chore nawet w lecie marzną; w rzadszych przypadkach powstaje rzeczywisty *status algidus* z dreszczami, dzwonieniem zębów itd. Przyczyną tych zjawisk są zboczenia w krążeniu, jak o tem świadczy tętno, które jest małem, miękkiem, łatwo ugniatalnem, w rzadszych razach nitkowatem, ledwie wyczuwalnem, co sfygmografem także wykazać można. Stan taki z zwolnieniami i przerwami może trwać kilka miesięcy; leczenie wywiera nań tylko mały wpływ i wreszcie powoli ustępuje. Zboczenia te występują tylko u takich chorych kiłowych, którzy równocześnie okazują różne objawy nerwowe, jak nerwobóle, bóle głowy, zboczenia czucia, ogólne nerwowe osłabienie, względnie drażliwość. (*Gaz. des hôpit.* 1888, Nr. 76).

Medycyna sądowa.

Cisterne: **O symulacyi chorób skórnych.**

Sztucznie wywołane choroby skórne spotykamy u ludzi, którzy w ten sposób chcą się uwolnić od służby wojskowéj, lub u żołnierzy, którzy nie chcą pełnić obowiązków, częściéj jeszcze u więźniów lub u ludzi podupadłych którzy tym sposobem chcą uzyskać przyjęcie do szpitala, najczęściéj jednak spostrzegamy je u kobiet histerycznych. Osoby takie używają najrozmaitszych środków. Tak spotykamy się z urazowemi obrażeniami, stłuczeniem, ukąszeniem; daléj są w używaniu: środki pryszczące, ługi żrące, kwasy, żar. środki sprowadzające guziczki (pomady alkaliczne), lub pęcherze (terpentyna, siarka, dziegieć, maść rtęciowa, oléj krotonowy), lub krosty (*Unguentum Autenriethi*); powstałe obrażenia zmieniają znacznie przez ciągłe drażnienie i drapanie. Odróżniają się od dobrowolnie powstałych chorób skórnych rożnorodnością zmian nagromadzonych na małéj przestrzeni, nieregularnością w rozszerzaniu się, umiejscowieniem tylko w okolicach dostępnych ręce badanego. Rozpoznanie mimo to jest niekiedy dość trudne. Odważniejsi symulanci wytwarzają sobie wrzody, ropnie, a nawet flegmonę; żołnierze symulują szankra twardego przez ograniczone spalenie skóry, ale stwardniałość wtedy jest mniéj ściśle odgraniczona, na ucisk bolesna, tylko jeden gruczoł bywa obrzmiały i ten jest bolesny. (*Monatschefte f. prakt. Derm.* tom VIII, Nr. 2).

Aubert: **O znaczeniu** *gonococcus Neisseri* **w medycynie sądowéj.**

Omawiając sądowo-lekarskie znaczenie gonokoków, wyraża A. przeświadczenie, że drobnoustroje te są specyficznym jadem wszystkich spraw rzeżączkowych i że wykazanie ich jest koniecznie potrzebnem w każdym przypadku, gdzie przywiązuje się bardzo wielkie znaczenie do pewnego rozpoznania. A. opisuje sposób, którym się posługiwał i który podaje jako wygodny: suszenie na szkiełkach przedmiotowych bez ogrzewania, barwienie za pomocą wioletu metylowego, obmywanie zwyczajną wodą, szkiełko nakrywkowe, oglądanie pod suchemi soczewkami. Według zdania A. tylko wykazanie gromad koków wewnątrz komórek jest cechującem; znaczenie mają pojedyńcze koki, albo, co o wiele częściéj, dwa obok siebie ułożone, więc na typową postać diplokoków omawianych drobnoustrojów nie kładzie dostatecznéj wagi; omawia wartość sposobu podanego przez Rouxa, służącego do odróżnienia od innych koków (odbarwienie metodą Grama, gonokoki w przeciwieństwie do wszystkich innych diplokoków nie stawiają żadnego oporu). Daléj podnosi A. konieczność, zwłaszcza w rzeżączce u kobiet, badania wydzieliny z najrozmaitszych miejsc. Autor badał z ujemnym wynikiem plamy rzeżączkowe w bieliznie na typowe gonokoki. W końcu wskazuje A. jeszcze na możność przypadkowego zarażenia się rzeżączką „*Gonorrhoea insontium.*“ (*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 3).

Toksykologija.

Prof. W. Heineke: **Zatrucie zakisowe i jego stosunek do zatrucia sublimatem i gazem świetlnym.**

G. Scheiding (Erlanga): **Zatrucie gazem świetlnym i zakisowe.**

H. zastanawia się nad istotą i teoryjami krzepnięcia jakoteż zatrucia zakisowego, i omawia możność powstania tegoż w zatruciach. Nawiązując do badań Jollesa i Scheidinga, badał drobnowidowo przebieg tych zatruć i znalazł, że w ostro przebiegającem zatruciu sublimatowem wykazać można w płucach, wątrobie, nerkach, tu przedewszystkiem w warstwie korowéj, wysokiego stopnia wypełnienie naczyń krwionośnych ciałkami krwi, krwawe przesiąknięcie, ziarnisty rozpad i dostanie się barwika krwi do komórek; w zatruciach dłużéj trwających znalazł w wątrobie rozległe wynaczynienia, wypełnione barwikiem krwi ziarnisto-rozpadłym, a miąższ zamieniony w żółtawo-brunatną, ziarnistą masę bez barwienia się jąder. Śledziona była najczęściéj tylko mało zmieniona. W otruciu za pomocą CO znajdował w płucach obszary z naczyniami ściśle wypełnionemi naprzemian z obszarami naczyń bez krwi; oprócz tego wynaczynionki. Zakrzepy bywają białe (przeniesione). Podobne czerwone i białe (miejscorodne i zatorowe) zakrzepy znalazł w wątrobie, śledzionie, nerkach, mózgu, nigdy zaś w sercu, w ścianach żołądka i jelit, z lub bez towarzyszących wynaczynionek. Oba zatrucia prowadzą do tworzenia się zakrzepów w krwi krążącéj, zatrucie sublimatowe przeważnie zakrzepów czerwonych, CO zatrucie zakrzepów białych. Tak tłomaczymy sobie różne zmiany pośmiertne w tych zatruciach i ogniska rozmiękczenia w mózgu po zatruciu CO. W końcu twierdzi, że nie można spodziewać się po transfuzyi pewnego wyniku. Wychodząc z znanego wpływu przelanéj obcéj a nawet odwłóknionéj krwi na krew innego zwierzęcia, badał Scheiding wartość transfuzyi w leczeniu tych otruć. Szczególnie jest ona wątpliwą w tych otruciach, które wywierają wpływ niszczący na ciałka krwi. S. twierdzi, że cechujące zmiany, napotykane w otruciu zakisowem (właśnie w następstwie przelania obcéj krwi), wracają w CO-zatruciu, w owem zatruciu, w leczeniu którego transfuzyja ma mieć najlepsze wyniki. Użycie jéj nie wpływało na zmiany sekcyjne. (*Wien. klin. Woch.*, 1889, Nr. 19).

Notatki lecznicze.

Własności lanoliny dokładnego przylegania do błon śluzowych używał Stern, aby z niéj po dodaniu oliwy przygotować płyny do wstrzykiwania, nadające się do leczenia rzeżączki. Mięszanina 25·0 lanoliny, 75·0 ol. migdał. daje wstrzykiwanie łagodnie działające, obniżające zadrażnienie; wstrzykiwania tego zasadowego używa się w okresie szczytu (*acme*) choroby, zatrzymuje się je w cewce przez 5—10-ciu minut. Przez dodanie leków ściągających lub przeciwgnilnych do wstrzykiwania zasadowego otrzymuje się płyny, których się używa w drugim okresie choroby; n. p. Rp. *Zinc. sulf.* 0·5, *Aq.* 4·5, *Lanolin. anhydr.* 20·0 *Ol. amygd.* 75·0 lub: *Ac. salicyl.* 0·25, *Ol. amygd.* 75·0. *Lanol. anh.* 24·75. Tych przeciwgnilnych lub ściągających wstrzykiwań używa S. przez 8—10-ciu dni, a kończy leczenie 1·5% wodnym rozczynem rezorcyny.

W wojsku pruskiem używa się 5—10% **rozczynu kwasu chromowego do leczenia pocenia się nóg** i przekonano się na 18.000 żołnierzy, że kwas chromowy jest środkiem szybko działającym, łatwo zastósować się dającym i przy stósownem używaniu także bezpiecznym. Po wykąpaniu i obsuszeniu nogi naciera się ten rozczyn, wystarcza 1 lub 2 razowe pędzlowanie. W armii szwajcarskiéj używają w tym celu mięszaniny dwóch części ałunu i 10 cz. *talc. ven.* z dobrym skutkiem, a ma proszek ten przed kwasem chromowym tę zaletę, że jest nietrujący i że można go używać także wobec ran na nodze (*Schw. Corr. Bl.*).

Exalgin, nowy środek nasenny i przeciwbolesny. Środek ten, według składu chemicznego *Orthomethylacetanilid* jest ciałem krystalizującem w igiełkach lub białych płytkach, topniejącem w ciepłocie 101°C., trudno rozpuszczalnem w zimnéj, łatwo w gorącéj wodzie i rozcieńczonym wyskoku. Posiada własności przeciwgnilne i obniżające gorączkę i działa wybitnie na czucie. Jako *analgeticum* ma mieć pierwszeństwo przed antipyryną w wszystkich postaciach nerwobólów. Podaje się 0·25, 1—3 r. dz., rozpuszczone w koniaku lub rumie: Pp. *Exalgin* 2·5, *Solve in alcoholat. menth.* 15·0, *adde Syrup.* 30·0, *Aq.* 105·0 *DS. Dz.* 1—3-ech łyżeczek. (*D. m. Woch.*).

Leczenie błonicy chinoliną. (*Bull. med.*) Rp. *Chinolin.* 0·6, *Alcohol.* (90°) 30·0, *Aq. dest.* 300·0, *Spir. menth. gut. unam. S.* Płukanie. Rp. *Chinolin* 1·0, *Alcohol.* (90°), *Aq. dest. aa* 25·0 *S.* Do pędzlowania.

W sprawie leczenia ospy. Hartge (Dorpat) poleca we wszystkich przypadkach, w których istnieje silna zwiastunowa gorączka i podejrzenie ospy, choć jeszcze wysypki nie ma, rozpocząć leczenie od środka przeczyszczającego i zarządzić dziennie 1—2-ch kąpieli o 25—26° R. Wysypkę zwalcza się o ile można jak najwcześniéj chłodnemi okładami i maścią Weidenbauma (*Ung. cin.* 1·0, *Sapon. kalin.* 2·0, *Glycer*, 4·0). Kąpiele zarówno dobrze wpływały na krosty jak i na podmiotowy stan chorych.

Dr. Baschkopf.

V. Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46.)

Oto są główne, przyczyny wyjaśniające dla czego wieść o dżumie w Assyrze arabistańskim doszła nas dopiero w połowie przeszłego maja. Uzupełnia ją jeszcze i ta bardzo charakterystyczna dla stosunków miejscowych okoliczność, że ludność prowincyi podniecana przez „Seidów“, oparła się stanowczo przepuszczeniu kogokolwiek do wnętrza kraju. Widocznie więc miano powód do zbrojnego prawie oporu. Powodem zaś tym była obawa, aby potwierdzenie istnienia zarazy i przedsięwzięcia środków ku jéj złagodzeniu nie powstrzymały olbrzymich transportów trzód do Hedżazu, w chwili właśnie rozpoczynającéj się pielgrzymki. Spowodowałoby to ogromne straty. Aby więc nie narazić się na uszczerbek w zysku, postanowiono zataić zarazę. Wobec bowiem widocznych korzyści pieniężnych pojedynczy żywot nie ma racyi być uwzględnianym przez rządzącego tu arcy-kapłana.

Dziś wiemy, że dżuma w Assyrze rozpoczęła grasować nie w maju, ale już w początkach lutego. W ciągu więc całych trzech miesięcy miała dość czasu do pełnego zapanowania nad prowincyją, i jak to zwykle bywa, pochłonęła już niemałą ilość ofiar przedtem, zanim zdołano ją ująć w pewne karby policyi sanitarnéj. I to jeszcze jest godném zastanowienia, że wieść o nienormalnym stanie zdrowotnym w Assyrze nie została podaną przez władzę administracyjną lub sanitarną, lecz przez konsula francuskiego w Dżedda. Rząd też francuzki natychmiast kazał powstrzymać pielgrzymkę mahometan z Algieru i Tunisu, a jednocześnie polecił swemu posłowi w Carogrodzie wezwać rząd turecki do odpowiedniego działania. Na to W. Porta odpowiedziała protestem, uważając powstrzymanie pielgrzymki przez rząd francuski za rodzaj ograniczenia wolności religijnéj! Uwzględniając jednak nalegania między-narodowéj rady zdrowia, polecono gubernatorowi przekonać „Szeika“ o konieczności wysłania do Assyru paru lekarzy, dla przekonania się o istotnym stanie rzeczy. Wtedy to dr. Wortabet z Hodejdy i dr. Malezyan wydelegowany z komisyi sanitarnéj w Kameranie otrzymali rozkaz udania się do Assyru. Była to misyja podwójnie niebezpieczna! Z jednéj strony niechęć i fanatyzm spotykane pośród koczujących pokoleń; z drugiéj, zetknięcie się z samą zarazą, oto położenie, w jakiém się znaleźli nasi koledzy. Znaleziono tam zarazę w pełnym rozwoju; zwłoki nieszczęśliwych ofiar, pozostawione niepochowane, pomimo całego przesądu mahometan i wreszcie postrach pośród ludności, całemi gromadami wynoszącéj się na północ, aby tylko co rychléj przedostać się do Hedżaz.

Odpowiednio do miejscowych warunków i rozporządzalnych sił, zastosowanie odpowiednich środków dało się przeprowadzić. Ludność nabrała pewnéj otuchy; a naznaczona 15-to dniowa kwarantana zdołała powstrzymać jéj pochód na północ, tak, że z nastaniem silniejszych upałów zaraza złagodniała i z końcem czerwca ustała zupełnie.

Nie widząc potrzeby zastanawiania się nad cechami tegorocznéj dżumy w Assyrze arabistańskim, ani podawania liczby ofiar, jakie pochłonęła, postaram się oznaczyć prawdopodobne źródło jéj tu powstania.

Dżumę w Assyrze można uważać za cierpienie umiejscowione, zawdzięczające swe powstanie nie przerzutowi zarazka z innych okolic, lecz tylko wytworzeniu się jego z mas istot zwierzęcych w stanie gnilnego rozkładu. Taką opinię znajdujemy w sprawozdaniu lekarzy wysłanych do Assyru; jako opartą na faktach zebranych na miejscu można ją przyjąć i uważać za zgodną z dzisiejszym stanem naszych wiadomości o dżumie, potrzebujących jeżeli już nie zupełnego przerobienia, to z pewnością wielkiego uzupełnienia. Bo jeżeli badając tę samą zarazę w Iraku arabistańskim, a następnie w perskim Lurystanie i na północy prowincyi Hamadanu, udało mi się odszukać i określić niejako źródło pochodzenia pierwiastku zakaźnego, to dla lekarzy spostrzegających dżumę w Assyrze nie przedstawiło się nic podobnego. Przybywszy tam znaleźli już zarazę w pełnym rozwoju. Celem ich misyi nie były to właściwie studyja, a tylko najenergiczniejsze zastósowanie środków ochronnych. Więc też przy największéj trudności, a nawet niepodobieństwie odszukania innego źródła zarazy, nie bez słuszności uznano ją za powstałą na miejscu. Pewne dane w istocie za tem przemawiają. Nadzwyczaj sucha pora roku, nędza moralna i materyjalna ludności, przypuszczalne działanie zaduchów wytworzonych przez masy istot rozkladowych, a wreszcie i trudność stosunków z dalszemi okolicami.

Przyjętem zaś zostało za pewnik, że dżuma niezatrwożywszy Europy od początku 18-go stulecia istnieje jednak jako choroba z charakterem nagminnym w Indo-Chinach, Turkestanie, Arabii, perskim Lurystanie i w Afryce. I w naszym więc przypadku można wyrazić zdanie, że zarazek patologiczny mógł tu się przedostać z innych środkowych ognisk, jakie mogą istnieć pośród koczujących pokoleń arabów Eneze i Wahabytów. Zamieszkują oni północną i środkową część półwyspu. Lecz ich ruchliwość, przeważnie w celu wzajemnego łupienia się, mogła spowodować zbliżenie się ich ku Assyrowi. Jest to jednak tylko przypuszczenie. Wykazanie bowiem istnienia zarazy w pośród plemion środkowéj Arabii, lub też jéj zaprzeczenie, pozostanie jeszcze na długo hygijenicznemi „*pia desideria*“.

Niemniéj jednak ukazanie się zarazy w prowincyi takiéj jak Assyr, przy wybrzeżu jednéj z najgłówniejszych dróg handlowych, to racyjonalna podnieta dla specyjalistów do dokładniejszego jéj wystudyjowania, a dla rządów do obmyślenia i zastosowania środków ochronnych, bardziéj skutecznych od dotąd używanych. Nauka więc i ludzkość przyklasnąć mogą projektowi podanemu na kongresie higijeny w Paryżu przez dra Treilla, i popartemu przez profesora Prousta, o potrzebie i korzyści przeprowadzenia szczegółowych bakteryjologicznych badań w ogniskach saméj zarazy i wysłania tam odpowiednio uzdolnionych komisyj. Wprawdzie uczony inspektor generalny służby zdrowia we Francyi, zapewniając, że na uorganizowanie podobnych komisyj są już zebrane fundusze, nieuwzględnił jednak istotnego stanu rzeczy w Assyrze. Przypuszczając bowiem, że prowincyja ta jest dziś w pełnym stanie nieprzyjaźnych rozruchów, tem wytłumaczył niejako opóźnienie wysłania tam specyjalnych badaczy. Pozór jednak przyjęto za rzeczywistość. Prócz bowiem chwilowego oporu w celu niedopuszczenia cudzoziemców do Assyru, innych przeszkód tam nie było.

Nie należy jednak wątpić, że z czasem punkta uważane za ogniska dżumy, zostaną w istocie zwiedzone przez specyjalne komisyje. Może też i uda się im wykryć jakiś pierwiastek, coś w rodzaju *microbe pathogene*, który zostanie uznany za etyjologiczny czynnik wybuchów i szerzenia się zarazy. Wtedy to i nastąpi uzupełnienie naszych wiadomości o strasznéj téj pladze, a i ostateczne dziś podawane środki ku jéj powstrzymaniu lub ograniczeniu, środki takie, jak opuszczenie i zniszczenie ogniem ognisk zarazy, także staną się daleko łagodniejszemi. Z upragnieniem więc czekamy na ukwalifikowanych badaczy, z gotowością bezinteresownego podzielenia się i naszemi choć bardzo skromnemi zdobyczami, na tym trudném do uprawy polu.

Mieszkańcy posiadłości otomańskich w Azyi ciężko zostali dotknięci w tym roku. Jednocześnie prawie z stwierdzeniem dżumy w Assyrze, wybuch cholery w Bassora, Szatra i Nessych (Sukh), z nadzwyczaj szybkiem rozwleczeniem się jéj do głównych punktów Mezopotamij i tureckiego Kurdystanu, rzucił nowy postrach na rząd centralny i ludność tych okolic.

Rzut oka na historyczne daty, w których dwie te plagi wschodu grasowały tu z większą siłą, przekonają nas, że plemiona zamieszkujące porzecze dwóch wodnych wstęg dawnéj Chaldei i Asyryi są dobrze z niemi obeznane. I tak najprzystępniejszą datą jest ośmio miesięczny okres czasu od września 1828 do maja 1829 roku, w którym Bagdad wskutek cholery i dżumy stracił większą połowę swych mieszkańców. Rozrzewniające epizody przebiegu zarazy zanotowały nam kroniki arabskie. W ciągu następnych 15-tu lat kraj pozostał wolnym od morderczych chorób zakaźnych. Lecz w roku 1844 znowu spotykamy tu cholerę, która powtórzyła się w roku 1851 i z małemi przerwami trwała aż do końca wojny krymskiéj. Następne choć nieco łagodniejsze jéj wybuchy, zostały zanotowane, jako powtarzające się prawie regularnie w dwuletnich odstępach czasu aż do roku 1862. Późniéj spotykamy zarazę w Szafiéh i przerzucenie się jéj z nad wybrzeży Eufratu ku Bagdadowi w roku 1870. Wreszcie rok 84-ty dał mi poznać zarazę pośród plemienia arabów Abu-Mohamet. Co zaś do dżumy, to faktem godnym uwzględnienia jest zapewnienie mieszkańców, że grasowała ona prawie jednocześnie z cholerą, w odmiennych tylko miejscowościach. Potwierdzono to wreszcie podczas ostatniéj epidemii cholery w Bagdadzie, bo gdy plemiona arabskie nad Eufratem były dziesiątkowane przez dżumę, stolica prowincyi spłaciła dotkliwą daninę cholerze. (C. d. n.)

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Wyciąg ze Sprawozdania Departamentu V. Wydz. krajowego (Szef Depart.: Dr. Franciszek Hoszard), Sejmowi przedłożyć się mającego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

2) Komisyja doradza, aby zarząd zakładu przeprowadził właściwą segregacyę pod względem umieszczenia między szałowymi, a chorymi niespokojnymi. Trzymanie niespokojnych chorych przez cały dzień na korytarzach oddziałów dla szałowych wspólnie z szałowymi jest niewłaściwem ze stanowiska leczniczego, jakkolwiek wygodnem, skoro tak zwany niespokojny popadnie w szał ostry i przeto zaraz może być przyprowadzonym wprost z korytarza do przyległéj celi. Obcowanie bezpośrednie z szałowymi musi niekorzystnie oddziaływać na niespokojnych i u niejednego może spowodować wybuch szałowy, a bardziéj jeszcze na odwrót zachowywanie się licznego zgromadzenia niespokojnych, hałaśliwych chorych w wysokim stopniu drażnić musi tych, którzy ulegli ostremu szaleństwu. Dotknięty ostrem szaleństwem jest niebezpiecznie chory i wymaga w całem znaczeniu słowa traktowania klinicznego, do którego także należy bezwzględny spokój najbliższego otoczenia. Przeznaczenie separatek, w których umieszcza się szałowych, aby odosobnieni znaleźli ciszę i spokój, dobroczynnie oddziaływający na wzburzony umysł chory, trapiony obłędnemi wyobrażeniami i złudzeniami zmysłowemi, mija się z właściwem założeniem, gdy od przyległego korytarza dolatują do chorych szałowych krzyki i hałaśliwe gadania ohorych niespokojnych. Komisyja oświadcza, że oddział szałowych jest pod względem konstrukcyjnym zupełnie odpowiednio założony i nie potrzebuje przeobrażenia, ani też rozszerzenia, jeżeli tylko wyłącznie chorzy szałowi tamże będą umieszczeni, dlatego też zdaniem jéj nie jest uzasadnionem żądanie dyrekcyi, aby dla szałowych osobny zbudować pawilon, ani też nie godzi się z udzielonem jéj wyjaśnieniem, że dla braku miejsca odpowiedniego chorzy niespokojni trzymani być muszą wspólnie z szałowymi.

Niewątpliwie rzecz się ma tak, że każdy wzorowy zakład posiada oddzielny, a w żadnéj bezpośredniéj łączności z głównym przybytkiem nie zostający budynek dla umieszczenia szałowych. Co do Kulparkowa, błąd ten został popełniony przy jego zakładaniu, ale też może być poprawionym bez nadwerężenia budżetu krajowego, jeżeli dyrekcyja usunie z oddziału w mowie będącego chorych niespokojnych i umieści ich w innéj części gmachu głównego. Pozwala na to rozległość zakładu i jest to możliwem przez odpowiednią adaptacyję, chociażby pewnego wkładu wymagającą. Komisyja wynurza przy tem swoje zdanie, że nie należy ościelać separatek dla tych szałowych, którzy zdradzają dążność do uszkodzenia cielesnego. Szałem dotknięty, a rozbijający się o mury, jest tak ciężko, a chwilowo nawet niebezpiecznie chorym, miewa tak niewymownie silny ból głowy, że bezwiednie stara się o uwolnienie się od niego przez tłuczenie głową o ścianę. Taki chory potrzebuje doraźnéj pomocy lekarskiéj, któréj nie zabezpiecza samo omateracowanie ścian i podłogi, on musi być klinicznie leczonym, jeżeli nie ma uledz ciężkiemu cierpieniu, a dopóki trwa gwałtowne wzburzenie szalowe, powinien byc nadto unieruchomiony przez zawinięcie w koce i wolne przytrzymanie pasami. Podobne ościelanie separatek jest zatem bezcelowe, bywa przez szaleńców niszczone, zanieczyszczone i staje się siedliskiem robactwa i plugastwa.

3) Komisyja z ubolewaniem podnosi, że korytarze, ile że nie są odpowiednio szerokie i ogrzewane, niemogą służyć w zimie na dzienny pobyt dla chorych, które to przeznaczenie mają one we wszystkich nowszych zakładach. Skutkiem téj doniosłéj wady w budowie znajdujemy w zimowéj porze chorych ztłoczonych i bez należytego ruchu w niedużych salach towarzyskich. Komisyja wyraża ten żal, pragnąc zwrócić uwagę W. Wydziału krajowego, ażali nie dałoby się bez znaczniejszych przeobrażeń układu gmachu i bez nadmiernego wkładu pieniężnego zaprowadzić majsnerowskie lub odpowiednie inne ogrzewanie.

4) Komisyja czyni uwagę, że łóżka dla epileptycznych należy zabezpieczyć bocznem zaopatrzeniem. Jakkolwiek są one niskie, chory jednak, gdy spadnie z łóżka podczas napadu epileptycznego, może doznać uszkodzenia.

5) W infirmeryi męskiéj dla cieleśnie chorych znalazła komisyja przepełnienie i złe powietrze. Przepełnieniem a oraz brakiem odpowiedniéj wentylacyi tłumaczy się brak zdrowego powietrza.

6) Komisyja czyni uwagę, że wspólne wychodki nie całkiem są odpowiednio urządzone, nie dosyć czysto utrzymywane, a w zimie nie ogrzewane, dla tego podłoga przez zamarznięcie rozlewanego moczu bywa ślizką. Należałoby przeznaczyć jednego posługacza wyłącznie do utrzymywania porządku w wychodkach i urządzić spłukiwanie tychże z wodociągu.

7) Komisyja znalazła prosektoryjum zakładowe w odpowiadającym celowi stanie, tudzież znalazła tamże dowody pracy naukowéj pp. lekarzy zakładowych.

8) Komisyja znalazła łazienki odpowiednio urządzone i stwierdza, że dyrekcyja korzysta z nich obszernie z pożytkiem dla chorych.

9) Komisyja znalazła kuchnię zakładową przepełnioną parą, czemu według oświadczenia dyrekcyi nie można zaradzić z powodu konstrukcyi zasadniczo-wadliwéj. Sprawa ta jest o tyle ważną, że cierpią nietylko zajęte przy kuchni osoby etatowe, ale i chorzy w celach leczniczych do pracy tamże przydzieleni.

10) Komisyja z uznaniem podnosi, że w ogólności w całym zakładzie panuje wzorowy porządek i czystość a chorzy są bardzo schludnie ubrani.

11) Komisyja wyraża przekonanie, że pomimo nadzoru Sióstr Miłosierdzia, który według oświadczenia dyrekcyi okazał się odpowiednim zarówno na oddziale męskim jak na żeńskim i który ma być o wiele pożyteczniejszym od nadzoru poprzednio wykonywanego przez jednego nadzorcę i trzech starszych dozorców, że pomimo obecnego nadzoru zakonnego należałoby utworzyć szkołę dozorców dla nowo wstępujących, zanim czynną obejmą służbę.

Nowo-wstępujący powinien na czas przygotowania znaleść utrzymanie w zakładzie i poddać się rygorowi porządkowemu, a oprócz pouczenia teoretycznego, udzielanego przez jednego z p. lekarzy zakładowych, powinien mieć podaną sobie możność przykładania się do służby oddzialowéj.

12) Komisyja uznaje, że liczba dozorców stoi w odpowiednim stosunku do liczby chorych tak w separatkach (1 : 4), jak u niespokojnych (1 : 6).

13) Komisyja wyraża zdanie, że cała służba tak na oddziale męskim jak i na żeńskim, powinna otrzymać kosztem funduszu jednostajne umundurowanie. Obecnie prawie niczem nie wyróżnia się zewnętrznie służba od chorych. Może to sprowadzać niedogodność na zewnątrz zakładu. Powagę dające umundurowanie służby, nie zwykłe cywilne, ułatwi zadanie umundurowanym przynajmniéj wobec tych chorych, którzy jeszcze zdolni są przyjmować wrażenia.

14) Komisyja jest zdania, że dotacyja służby zakładowéj, a mianowicie dozorców i dozorczyń, jako też sposób awansowania ich materyjalnego i system gratyfikacyj nadzwyczajnych, jak na nasze stosunki, są całkiem odpowiedniemi i zdaje się dosyć ponętnemi, skoro, jak dyrekcyja oświadcza, nigdy niema braku kompetentów o miejsca wolne i obszerny wybór jest możliwy.

15) Komisyja wyraża zdanie, że zdolni do pracy chorzy bywają odpowiednio zajęci i ze zrozumieniem stanu chorobowego jednostek, a użycie ich do robót jest wystarczające.

16) Komisyja z uznaniem podnosi dowody pracowitości pp. lekarzy zakładowych, złożone w historyjach chorób, daléj staranne traktowanie przypadków farmaceutycznie, a z przyjemnością oświadcza, że na oddziale żeńskim znalazła szałowe chore ubezwładniane w sposób łagodny, a zarazem z celem wysoce leczniczym, przez zawijanie w prześcieradła mokre i koce, a z workami lodowemi na głowie, jak to czynią psychiatrzy klinicyści.

Podpisali: Dr. Leon Blumenstok, prof. Uniwer. Jagiellońskiego. Dr. Józef Wernicki, Dr. Wiktor Opolski. (Dok. nast.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 21 listopada. Na wczorajszem posiedzeniu uchwalono wysłanie memoryjału do Rady państwa z powodu nowego projektu ustawy karnéj. Następnie kol. Walentowicz mówił o wytwarzaniu się kamieni w ustroju zwierzęcym. W dyskussyi przemawiali kol. Mars, Łazarski i Harajewicz jun. Wreszcie kol. Pieniążek mówił o rozpoznaniu wrzodów krtani i odróżnieniu wrzodów kiłowych od gruźliczych. W dyskusyi przemawiali kol. Zaręba, Gluziński, przewodniczący, prelegent, Obaliński i Kwaśnicki.

* Jak było zapowiedzianem wręczenie orderów proff. Oettingerowi i Jakubowskiemu odbyło się w piątek przeszły w sali uniwersyteckiéj w obecności Senatu akademickiego, profesorów Wydziału lek. i uczniów medycyny. Rektor Korczyński w pięknem i serdecznem przemówieniu podniósł zasługi obydwóch profesorów odznaczonych, a obaj podziękowali Rektorowi i Senatowi za dowody życzliwości.

* W terminie listopadowym zdali egzamin uprawniający do ubiegania się o posadę w publicznéj służbie zdrowia pp. Drowie: Jan Gęślak z Zebrzydowic, Józef Kadyi z Jasła (celująco), Józefat Komar z Pilzna, Maurycy Odstrčil z Krumłowa morawskiego, Celestyn Sztembart ze Lwowa, Bronisław Warzycki z Radymna i Emil Zadurowicz z Mikołajowa.

* Staraniem docenta Jordana Wydział tow. opieki zdrowia w Krakowie urządza szereg odczytów z zakresu higijeny, odbyć się mających w sali Rady miejskiéj w dniach 18, 22, 27 b. m. i 6, 13 i 20 grudnia r. b. W odczytach tych wezmą udział pp.: Browicz, Buszek, Cybulski, Gluziński, Grabowski i Jordan.

* W ostatnim Numerze *Oesterr. Aerztl. Vereinszeitung* znajdujemy petycyję Towarzystwa lekarzy galicyjskich, wystósowaną do Izby poselskiéj Rady państwa we Wiedniu w sprawie nowego projektu ustawy karnéj, a względnie przeciw brzmieniu §§. 34, 454 i 455, odnoszących się do stanu lekarskiego. W swoim czasie zwróciliśmy uwagę na te paragrafy i radziliśmy, aby i nasze Towarzystwa lekarskie, idąc w ślady innych stowarzyszeń lekarskich, wystósowały petycyje do Rady państwa, dopóki jeszcze czas, w obronie stanu lekarskiego, jego godności i interesów. Petycyja lwowska jest wyczerpującą i z godnością napisana; towarzystwo lekarzy galicyjskich oddało więc prawdziwą usługę wszystkim lekarzom naszym.

* *Medycyna* zdaje wyczerpującą sprawę ze Zjazdu chirurgów w Krakowie, pióra Dra Steuermarka. Myśmy tu na miejscu nie mogli doprosić się sprawozdania. Wspominamy o tem, aby nas przypadkiem nie posądzono o obojętność wobec Zjazdu tak pożytecznego i pięknego.

* Pospieszamy podzielić się z czytelnikami naszymi radosną wiadomością, którą podaje *Gazeta Lek.*, że prof. Hoyer po 30-letniéj służbie został zatwierdzony na dalsze 5 lat jako profesor histologii w Uniw. warszawskim.

* Prof. Laskowski w Genewie mianowany został przez Rząd francuski *Officier de l'Instruction publique.*

* Zakład dla umysłowo i nerwowo chorych w Ober-Döbling pod Wiedniem, który jak wiadomo od lat wielu pozostawał pod kierunkiem proff. Leidesdorfa i Obersteinera, odtąd po śmierci pierwszego, pozostawać będzie pod wyłącznem kierownictwem prof. Obersteinera.

* Minister sprawiedliwości węgierski zamierza ustanowić senat sądowo-lekarski, złożony z 15 członków płatnych, który ma orzekać we wszystkich sprawach sądowo-lekarskich, a członek tego senatu urzędować będzie jako referent w Ministerstwie sprawiedliwości

* W Insbruku odbyło się otwarcie uroczyste zakładu anatomicznego w obecności p. Ministra Gautscha.

* Dnia 6 b. m. upłynęło 100 lat od czasu odkrycia galwanizmu przez prof. anatomii w Bolonii Ludwika Galvaniego.

* Virchow zamierza na cześć Zjazdu między narodowego w roku przyszłym w Berlinie odbyć się mającego sporządzić nowe wydanie i nowo opracować dzieło swoje o patologii celularnéj.

* Ricord zapisał 25,000 franków na stypendyja lekarskie, biblijotekę zaś swoją przeznaczył dla szpitala du Midi, przy którym przez lat 29 był czynnym, a który ma nosić jego nazwisko.

* Komitet pasteurowski w Londynie przesłał sumę 40,000 franków zakładowi Pasteura w Paryżu w wdzięcznem uznaniu zasług jego oddanych 200 anglikom przezeń leczonym.

* **Wiedeń.** Znany przemysłowiec Henryk Mattoni, właściciel zdrojowiska Giesshüblu, otrzymał szlachectwo austryjackie w uznaniu działalności humanitarnéj.

* **Wiadomości osobowe.** Sekundaryjusz szpitala św. Łazarza Dr. J. Baschkopf mianowany został starszym lekarzem w armii czynnéj.

Stopień doktora w. nauk lekar. otrzymał w Uniw. Jagiell. p.: Aleksander Maryan Wiktor Dulęba, rodem z Kleczonowa w król. Polskiem.

* **Nekrologija.** W Petersburgu umarł w 51 roku życia tajny radzca prof. Eichwald, ten sam, który razem z ś. p. Biesiadeckim brał udział w wycieczce do Wietlanki.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 46: Nussbauma i Kramsztyka: Tytus Chałubiński; Jakowskiego: Niezwykły przypadek przewlekłéj

nosacizny u człowieka; Sawickiego: O ranach przepony (dok.); w *Medycynie* Nr. 46: Faytta: Pośrednie pęknięcie podstawy czaszki.

Redakcyja otrzymała:

Dr. A. PALTAUF: Ueber d. experiment Nachweis d. Wuthkrankheit. (Odbitka z *Viertelj. f. ger. Med.* N. F. t. 51, z. 2) in 8-vo str. 32). — Dr. A. SOKOŁOWSKI (w Warszawie): Przyczynek do patologii i terap. rozrostowego zap. części podgłośniowéj krtani. (Odbitka z *Gaz. Lek.* 1889) in 8-żo, str. 8.; Tenże: Kann ein äuss. Trauma z. acuten Pneumonie führen? (Odbitka z *Berl. klin. Woch.* 1889), in 8-vo, str. 5. — Prof. KRATTER (w Insbruku): Absturz oder Ermordung (Odbicie z *W. kl. Woch.* 1889), in 8-vo, str. 25. — Tenże: Hygienische Gutachten. (Odbicie z *Oesterr. Sanitätsbeamt.* 1889), in 8-vo, str. 8. — Dr. A. SIERADZKI (we Lwowie): Dziecko, jego rozwój i pielęgnowanie, Lwów 1890 in 8-vo, str. 176.

Sprostowanie w artykule Dra Czyrniańskiego: Nr. 41: str. 493, szpalta 2, wiersz 8 od góry, zamiast 0·14 gr. kw· solnego, powinno być 0·10 grm.; wiersz 10 od góry, zamiast CO_1HNa winno być CO_3HNa·

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.